

介護保険制度の住宅改修におけるケアマネジャーの役割

岡本 久子

高齢者の多くは、要介護状態になっても、住み慣れた地域や環境のなかで親しい家族や隣人とともにそれまでの生活を継続することを望んでいる。そうした高齢者が自らサービスを選択し、要介護状態となった場合においても、可能な限り、在宅で、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるような住まいづくりが必要となってくる。本稿では、筆者の事例を通して、利用者の生活を支える観点から、介護保険制度の住宅改修におけるケアマネジャーの役割を考察した。その結果、①高齢者の「生活の流れ」に沿う必要性、②家族の理解が得られないときや、家族の価値観に基づくケアプランになってしまう場合、③ケアマネジャーが必要と考えた住宅改修の費用負担と家族の費用負担の考えにくい違いがある場合の3点が明らかになった。

キーワード：介護保険制度 住宅改修 ケアマネジャーの役割

Most elderly people want to continue to spend their lives with their families and live in harmony with neighbors in a familiar community, as they have done for a long time, even when they are in need of nursing care. It is necessary to provide housing where the elderly in need of care can live as independent a life as possible while selecting care services according to their ability.

Based on our case experience, the present study examines the care manager's roles should play to support the lives of the elderly regarding house adaptation under the long-term insurance. Consequently, three issues were highlighted: 1) the necessity of following the "daily flow" of the elderly, 2) cases in which the family's understanding cannot be obtained, or the care plan is forced to take into account the family's values, and 3) cases with an unexpected difference between the residence renovation costs the care manager considered to be necessary and the costs the family is willing to pay.

Key words : long-term insurance, house adaptation, care manager's roles

はじめに

介護保険制度が2000（平成12）年4月にスタートして以来、要介護認定を受ける人は増え続けている。厚生労働省の介護保険事業状況報告によると、要介護認定者は、2000（平成12）年4月時点の218万人から、2007（平成19）年12月で450.6万人となり、その増加率は、当初の予想をはるかに超えるものとなった。

介護保険制度が持続できるように、制度施行後

5年を契機に大幅な見直しが行なわれ、介護予防という考え方を重視した制度になっている。

高齢者の多くは、要介護状態になっても、住み慣れた地域や環境のなかで親しい家族や隣人とともにそれまでの生活を継続することを望んでいる¹⁾。そうした高齢者が自らサービスを選択し、要介護状態となった場合においても、可能な限り在宅で、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるような住環境が必要となってくる。

高齢者が安心して、できる限り長く住み慣れた自宅で、在宅生活を継続するために、介護支援専

門員（以下ケアマネジャーという）は何ができるだろうか。

本稿では、筆者が調査した事例を通して、ケアマネジャーがどのように住宅改修に関与し、どのような問題を抱えているのか、高齢者の生活を支える観点から、住宅改修におけるケアマネジャーの役割を考察したい。

1 介護保険制度と住宅改修

1 高齢者の住環境

2003（平成15）年の「住宅・土地統計調査」²⁾によると、高齢者のいる世帯の持ち家率は、「高齢単身世帯」では65.0%と低いが、「高齢者のいる主世帯」では84.0%、「高齢夫婦主世帯」でも84.9%と、平均で8割を超えている。「主世帯総数」の61.2%と比較すると、かなり高い持ち家率となっている。

借家に住まいでいる「高齢者のいる主世帯」の16.0%の内訳は、公営の借家4.6%、公団・公社の借家1.5%、民間借家（木造）6.3%、民間借家（非木造）3.2%、その他0.3%となっている。

また、2003（平成15）年の、わが国の住宅総数は5,389万戸であり、世帯総数の4,726万世帯を上回っている。それらの住宅を建築の時期別にみると、1950（昭和25）年以前に建築された住宅は、住宅全体の4.7%、1951～1960（昭和26～35）年は3.0%、1961～1970（昭和36～45）年は9.6%、1971～1980（昭和46～55）年は20.4%、1981～1990（昭和56～平成2）年は24.6%、1991～2000（平成3～12）年は27.2%、2001～2003（平成13～15）年は5.9%となっており、耐震基準の見直しが行われた1981（昭和56）年以降の約23年間に建築された住宅が、住宅全体の57.8%を占めている。

最近建てられる住宅については、住宅金融公庫（現日本政策金融公庫）の融資など、基礎的バリアフリーを充たす住宅については、金利の優遇がなされており、設計段階から高齢者に配慮された住宅が建設される場合が多い。しかし、高齢単身者や高齢夫婦についてみると比較的建築時期の古い住宅に住んでいる人が多く、階段への手すりの設置や、段差の解消が必要とされるケースが多い。

2005（平成17）年の「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」によると、将来改装したい構造・設備として、23.0%が「手すりを設置したい」、19.9%が「住宅内の床の段差をなくしたい」と答えている。高齢者が在宅生活を続けていくうえで、今後、住宅改修などがますます重要になってくる。

このような状況を踏まえて、現実に身体機能の低下した高齢者の生活を見たとき、これまでの日本の住宅構造は、はたして高齢者にとって生活しやすいものといえるだろうか。

高齢者から見た日本の住宅構造の問題点として、次のような点が挙げられる。³⁾

- ① 玄関の上がりがまち、廊下と和室、和室と洋室、脱衣室と浴室など、住宅内に段差が多い。たとえば、和室の畳床と洋室の床との厚さは一般的に10～40mm程度高くなっている。この段差は高齢者の移動動作を阻害し、ときには転倒・転落事故の大きな原因となっている。
- ② わが国で住宅を建てるときには、3尺（910mm）というかつての尺貫法を基準に作られている。住宅の廊下、階段、開口部の幅員は、柱芯一芯の間隔を3尺（910mm）とするが、介護を必要とする高齢者や車いすなどの福祉用具を使用する高齢者の室内移動には適さないことが多い。
- ③ わが国の住宅は、住宅構造からの制約によって、大きな空間がとりにくい。また、生活の洋式化が進み、家具類の使用が多くなる、その結果、ますます室内を狭くしてしまい、介護を必要とする高齢者や福祉用具を使用する高齢者の室内移動を困難にしている。たとえば、6畳の畳の部屋に、布団を敷いて生活していた高齢者が、身体機能が低下したためベッドを利用することになった場合、とたんに狭くなってしまう。さらに、車いすで浴室を利用するとき、車いすは入ったが介助者は狭い洗い場に入れないといったことも生じる。
- ④ 和式の生活様式（すわる、しゃがむ）は、身体機能が低下した高齢者には不向きである。床からの立ち座り動作や、和式トイレでの立

ち座り、和式浴槽をまたぐ動作も、身体機能が低下した高齢者には、危険を伴う動作である。

- ⑤ 日本の住宅は高温多湿の気候に合わせ、夏向きに作られてきた。たとえば、寒い冬の夜、暖かい寝室や居間から暖房をしていない廊下を通り、脱衣室で衣服を脱ぎ、熱めの浴槽の湯に身体を沈ませる。入浴中の事故が多いのはこのような住宅構造にも大きな原因がある。

このような住宅構造が、高齢者の日常生活を不便なものにしている。

かつての日本型福祉社会では、たとえ、日常生活が不便になっても、高齢者の介護は、妻、嫁、娘といった女性が主に担ってきた。しかし、核家族化が進行し、一方で女性の社会進出が進んだ現在では、以前のような介護力は期待できない。また、介護保険制度をはじめ国や地方自治体のサービスも、高齢者の住生活を維持するには至っていない。身体機能が衰えてきたとき、高齢者が長く住み慣れた自宅で、安心して在宅生活を継続するために、ケアマネジャーは何ができるだろうか。

2 住環境整備の意義

高齢者にかかわらず住み慣れたわが家で過ごしたいと願う人は多く、その思いを尊重して、継続的に自立した生活を、安全に、快適に過ごすためにも、住環境の整備は重要である。

鈴木は、「住宅改修や福祉用具などを用いる住環境整備は本来、自立支援としての意義をもっている」と言っている⁴⁾。また、白澤は「障害の程度や内容に応じて住環境が整っていれば、移動や外出の意欲もわいてくる。自宅がそうした環境であれば、安心して在宅生活を続けることができる」としている⁵⁾。

住環境が変わると何が変わるだろうか。日常生活で杖を使用している高齢者のなかで、室内移動時に転倒した経験や転倒に対する恐怖感を持っている人は多い。また、介護者は転倒の危険を防ぐためにも、高齢者の行動を制限するようになる。

しかし、室内に手すりを取り付け、段差の解消を行えば、室内を移動するときの安全性を確保す

ることができる。排泄時には、手すりを伝ってトイレまで1日に何度でも、時間を気にすることなく、行くことができる。介護者に気兼ねをすることもない。また、居間まで歩いて行き、食事や家族との会話もできる。これらの日常的な動作が高齢者の身体機能を高め、日常生活の活性化を図ることができる。室内の住環境が整備され、日常生活が活性化してくると、高齢者は、趣味などを楽しむことができ、生きがい生まれる。生活に対する自信も生まれ、介護する側も時間の余裕が生まれる。

住宅改修の第1の目標は、日常生活動作(ADL)を自分で行えるようになり、それが、高齢者の自立意欲の向上につながることである。第2に家族や介護者の身体的、精神的負担を軽減することにある。高齢者によっては福祉用具の活用や、暮らし方や家具の配置を替えただけでも生活改善が進む場合もある。また、元気な高齢者の場合は、住宅改修を行うことにより日常生活動作の自立が継続し、在宅で長く住み続けられると考えられる。このような住宅改修は、結果として介護を予防することになり、介護費用の軽減にも役立つといえるだろう。

3 介護保険制度と住宅改修

介護保険法第45条において、市町村は、「居宅要介護被保険者が、手すりの取付けその他の厚生労働大臣が定める種類の住宅の改修を行ったときは、当該居宅要介護被保険者に対し、居宅介護住宅改修費を支給する」とされている。また、介護保険法第57条においては、市町村は、「居宅要支援被保険者が、住宅改修を行ったときは、当該居宅要支援被保険者に対し介護予防住宅改修費を支給する」とされている。さらに、「厚生労働大臣が定める居宅介護住宅改修費の支給に係る住宅改修の種類」(平成11年厚生省告示第95号)⁶⁾によりその範囲が決められている。手すりの取り付け、段差の解消、すべりの防止および安全かつスムーズな移動のための床または通路面の材料の変更、引き戸などへの扉の取替え、和式便器から洋式便器への取替え、その他それぞれの住宅改修に付帯して必要となる住宅改修がその対象となってい

る。

給付の対象は、「常時介護を必要としないが生活していくうえで何らかの介護が時々必要とされる」要支援の人から、「常時介護を必要とする」要介護状態と認定された人である。

要支援から給付対象としているのは、日常生活がほぼ自立している高齢者に、手すりの取り付け、段差の解消を行うことで転倒防止を図り、介護がより重度に移行することを防ぐ「介護予防」の考え方からきている。

2006（平成18）年度から原則として工事着手前に市町村（保険者）への申請が必要となった。事前申請には住宅改修を必要とする理由書、工事前の写真、完成予想図などを提出する。改修工事限度額は20万円であり、一時的に被保険者が立て替えた後に払い戻しを受ける「償還払い方式」となっている⁷⁾。基本的に制度の活用は、1回限りであるが、転居した場合と介護状態が非常に重度になった（要介護状態区分が3段階以上高くなった）場合は、再度の活用ができる。

II 介護保険制度の住宅改修におけるケアマネジャーの果たす役割

1 住宅改修のニーズの把握

ケアマネジャーは、ケアプランを作成するためにアセスメントを行なうが、住宅改修に関しては、初回からニーズを把握することは難しい。

ケアマネジャーは、高齢者の1日の生活が、入浴・食事・排泄・整容・更衣などを中心に、「どのような住環境なのか」、「住宅のなかでの動線と動作の方法はどのようなのか」、「どのように介助されているか」を具体的に把握する必要がある。加えて、それぞれの日常生活動作を行うときに「どこに支障があって行動が制限されているのか」、「どこを改善すれば無理なく行動できるのか」を検討する。また、「柱を移動させることが可能なのか、壁を崩してよいのか」、賃貸住宅なら「家主から住宅改修の了解が得られるのか」も把握する必要があるだろう。ケアマネジャーは、高齢者や家族と会話のなかから、住宅改修に対する不安や、また、同居している家族の改修に対する意見を聞き、

高齢者と家族の住宅に対する考えを把握していく。特に、高齢者に金銭面、意思決定の主権がないと感じられた場合には、家族との人間関係を理解しながら、高齢者が意見を出しやすい雰囲気をつくることも必要である。

2 住宅改修の必要性、有効性の情報提供

住み慣れた自宅で長く暮らしてきた高齢者や家族は、住宅改修が必要と思われるにもかかわらず、不自由に気付いていないことが多い。また、住宅改修や福祉用具の導入には費用の負担が伴うことから、よほどのことがない限り、そのままの状態で過ごしているのが現状である。家族が費用を負担する場合は、なおさらである。

しかし、入院していた高齢者は自宅へ帰ってくると、手すりなどが整備され、段差がない病院や施設から、住環境の整備が行われていない自宅での生活への移行に不安を感じる。高齢者や家族は不安を感じながらも、在宅生活を始めることになる。

ケアマネジャーは、その思いを受け止め、住宅改修が、高齢者の生活を活性化できることを十分に説明し、家族の納得を得ることが重要である。そのうえで、家族や専門家とともに、どのような改修の方法が高齢者の生活をより良いものにするかということを考えなければならない。時には、住宅改修例や福祉用具の展示しているところへ、足を運ぶことなども提案する。その後、必要とあれば介護保険制度以外にも、市町村による住宅改修助成事業などの情報の提供を行う。ケアマネジャーは住宅改修や福祉用具の導入の有効性を高齢者や家族に説明し、必要性を認識させる役割も担っているといえよう。

3 他職種との連携

住宅改修の場合は、高齢者の心身や人間関係を把握することも重要であるが、住宅の面でのアセスメントが必要となるため、建築士や、工務店などの専門職が加わる。ケアマネジャーの多くは、建築に対する知識は少ないので、ケアプランを作成するとき、サービス担当者会議に建築の専門家に参加してもらい、意見を聞くこともある。ま

た、医師・看護師・理学療法士・作業療法士・ケアマネジャーなどがそれぞれの専門性から意見を出し合い、高齢者の日常生活を支える情報を交換するためには連携が重要である。同居や別居にかかわらず、高齢者や家族の住宅改修に対する積極的な意見を尊重し、納得をしてもらうことにより協力を得ていく。ケアマネジャーは、責任をもって高齢者の情報を提供し、他の専門職との仲立ちをする。

4 評価とフォローアップ

住宅改修は、工事が終わればよいというわけではなく、「高齢者が改修した環境に適応できて、生活に対して積極的になれているか」、「うまく利用できていないか」、「家族が使いにくくなっていないか」などの見直しを必要とする。専門家が移動や入浴や排泄の手すりを使った動作チェックを行い、身体状況にあわせた指導をする。その結果、「もう少し手すりを増やしてもよいかな」、「この手すりの位置はもう少し工夫したほうがよい」、「もっと活動範囲を広げて外に出られる工夫を考えよう」などの意見が出てくる。また、時間の経過とともに、高齢者の身体状況などに変化が起きたり、高齢者が再発の可能性の高い疾病をもっていたりする場合、見直しはなおさら必要である。このようなフォローアップが提供されることにより、住宅改修の効果はより高いものとなる。

5 代弁的機能と権利擁護機能

介護が必要になった高齢者のなかには、自らの権利をうまく主張できなくなった人も多い。ケアマネジャーは、こうした方々の自己決定を最大限に生かし、権利を護ることも必要になってくる。住宅改修においても、高齢者が「どこで暮らしたいのか」、「どのような生活を望んでいるのか」を把握し、その希望を家族や、他の専門職に代弁していくべきである。ケアマネジメントの過程のなかで、立場の弱くなった高齢者の自己決定を尊重し、権利擁護を行うことは、ケアマネジャーの重要な役割である。

6 事例

(1) 事例Ⅰ

本事例は、ケアマネジャーが介入したにも関わらず、家族とのコミュニケーションの不足から、意見のくい違いを生じた事例である。

Aさん(80歳、女性)は、2000(平成12)年春、自宅の庭で転倒し、強く腰を打ったことが原因となって、寝たきりの状態となった。また軽い認知症と診断されている。医療に関しては、数十年来の近所の医院に往診を依頼している。住宅は持ち家であり、木造一戸建てである。Aさんは、農家の嫁として、夫を支え、子ども2人を育ててきた。10年前に夫を亡くし、現在は子ども夫婦と同居している。

Aさんのケアプラン依頼が家族からあり、ケアマネジャーは、初回訪問し、契約とアセスメント面接を行なった。家族は、Aさんが独居となる昼間に食事と排泄の介助を希望していた。Aさんは、家族に遠慮をしている様子で、希望は出さなかった。

ケアマネジャーは、家族との会話の中で、「Aさんの生活の改善を中心にしたよりよい支援を、Aさんご家族とケアマネジャーとで考えましょう」と、明確に発言しないAさんへの配慮に注意しながら、家族が主訴としている食事と排泄の介助だけでよいものかどうかを念頭に家族の希望を引き出すようにした。その結果、家族は、できるだけAさんの在宅生活を継続させたい希望を持っていた。また、Aさんは、身体的には、転倒以来、ほとんど寝たきりで立ち上がりが困難な様子であった。排泄は自力でトイレまで這っていくが、ときにトイレまで間に合わないことがある。精神的な面では、Aさんは明確な意思表示もなく、気力をなくした状態である。そのため、ケアマネジャーは入浴を含めて清潔の保持と気分転換が必要であることを家族に話した。住環境の面では、トイレへの廊下が広く、壁に手すりがなく、たとえば、リハビリテーションの結果、筋力が回復してきてもAさんの転倒の危険性は考えられた。

ケアマネジャーは、手すりや福祉用具が、Aさんの日常生活をより活発にすること、介護保険制度により1割負担で利用できるという情報を提供

した。しかし、家族は、6か月前に家を新築したばかりであり、柱や壁に手すりが付くことや、Aさんの部屋は和室で、電動ベッドを置くと畳が傷付くことも心配して、二の足を踏んでいるようであった。

上記のアセスメントの結果、ケアマネジャーは、ケアプランを作成した。

主治医から、在宅で症状にあわせた対応が必要との指示があり、訪問看護ステーションの理学療法士による在宅でのリハビリ（布団からの起き上がり・立ち上がり、室内歩行）が始まり、同時にヘルパーの訪問（おむつ交換）が始まった。1か月後のモニタリングの結果、Aさんの体力が回復してきたので、デイケアの週1回の利用を勧めた。理学療法士から、トイレまでの動線、手すりの位置、高さ、長さを検討したうえで、自力での排泄訓練のために、トイレに手すりを付けたいとの提案があった。ケアマネジャーは、何度もAさん宅を訪問し、廊下や和式布団のそばに工事不要の手すりが設置できることを説明した。また、小さなタンスを壁に移動してAさんの排泄時の助けにもなることを提案した。その結果、家族は、トイレに1本のみ手すりを取り付けることを了解した。トイレの手すりを使用して、Aさんは、昼間も何とか排泄が自立できた。モニタリングの結果、広い廊下でのトイレでの移動は転倒の危険性が残った。また、ケアマネジャーは、Aさんが、訪問するヘルパーに寝室から見える庭を指差しては、「自分で行って、見たい、見たい」と話していたので、その気持ちを尊重するためにも、廊下や玄関にも手すりが必要なのではと考えた。理学療法士やヘルパーとも話し合いの結果、家族の介護意欲を尊重しながら、Aさんの排泄の自立を家族が目当たりすることや、Aさんの希望を伝えることにより、住宅改修のさらなる利用への理解を得ようとの意見の合意に至った。

そのころ、在宅サービスの利用で体力が回復してきたAさんが寝巻のまま庭に出て、近隣の人の目に触れることになった。家族は、その日のうちにデイケアステーションに連絡をして利用を中止した。家族は、「ここは、古い習慣のある土地なので、家庭のなかを知られるのは困る」と苦し

そうに話した。ケアマネジャーは、Aさん宅を理学療法士と訪問し、デイケアの重要性を説明したが、サービスの提供には至らなかった。このためAさんは、外出することもなくなり、体力も弱まって、トイレの手すりが使われることもなくなってしまった。

(2) 事例Ⅱ

本事例は、入院時という早い時期から、ケアマネジャーがかかわることができた事例である。このため、高齢者の自立に向けての強い意欲のもとに、関係者や専門家との連携が迅速に取れ、結果として利用者の日常生活の質を上げることができた。

Bさん（76歳、男性）は、妻と2人で商店を営んでいた。2人の子どもに恵まれ、商店の経営も順調であった。子ども2人はすでに結婚し、独立している。10年前に妻に先立たれ、68歳ごろから高血圧症に加え耳も聞こえにくくなり、家族の勧めで2年前に廃業した。Bさんは2000（平成12）年春に、脳梗塞で倒れ、5か月間入院治療をし、左半身にまひが残った。退院後は、Bさんは子どもの家から歩いて5分のところにマンションを購入し、1人住まいをすることになった。家族は、Bさんの入院以来、ずっと世話を続けていた。

主治医から、自立支援のために住宅改修の必要があるとの意見が出された。Bさんは、元来、積極的な人であり、「子ども夫婦に迷惑をかけたくない」と、トイレと浴室に介護保険を利用して住宅改修をしたいと希望した。家族は、「住宅改修には費用もかかる」と、最初は反対であった。ケアマネジャーは、家族の不安や思いをていねいに聞き、費用の面では、介護保険制度を利用して、住宅改修は1割負担で利用できると情報の提供をし、福祉用具や住宅改修例を展示しているところへも足を運んでくれるよう提案した。その結果、家族は「父が、希望するのなら仕方ないですね。いまさらとは思いますが」と賛成した。ケアマネジャーは、理学療法士と工務店の建築士を伴って、Bさん宅を訪問した。Bさんと家族から、「これからこの家で、できるだけ長く安全に安楽に暮らしたい。そのために身体に合わせた住宅改修をし

て欲しい」との意見が出された。工務店の建築士からは、住宅改修をすることにより、日常生活が自立した例のわかりやすい設計図が出され、理解を得た。ケアマネジャー、理学療法士、工務店の建築士からは、それぞれの専門性を生かした活発な意見が交わされ、Bさんと家族の了解のもとにトイレ、洗面所、浴室の改修を行なった。Bさんは、理学療法士の指導で、在宅で安全に入浴し、快適に暮らすことができています。

7 考察

ケアマネジャーは、排泄介護を中心にAさんと関わりながら、その日常生活を活発なものにしたと考えた。Aさんの日常生活は、家族の協力で維持されているが、昼間は、ほとんど誰とも関わらず、布団の上で過ごしていた。家族は腰痛を感じており、考慮する必要があった。ケアマネジャーの「ベッドの導入」、「手すりの設置」の提案は、家族の介護負担を軽減するためのものであった。しかし、ケアマネジャーは、アセスメントの時点で、Aさんと家族との関係を深くつかんではいなかった。これまでのAさんと家族との人間関係は円滑でなく、家族は介護に負担を感じていた。

また、Aさんの住む地域では「介護は、家族が介護すべきだ」という考え方が存在していた。地域との関係は、負担にもなるデリケートな部分である。ケアマネジャーは、Aさんの表情や言動の変化を敏感に捉え、なぜ、Aさんは、庭に出たかったのか、また、Aさんの決定でなく、一方的にサービスを中止されたことについても、Aさんの意見や意向を代弁し、権利を守ることが必要であった。

また、モニタリングの結果、昼間独居となるAさんに対する家族の不安をしっかりと聞くべきであった。地域の文化性や介護の大変さに共感しながら、住宅改修の制度の説明や、手続きの方法を情報提供し、住宅改修の導入がAさんの生活をより良くすること、また、家族の介護がやりやすくなることなどを、医師や他の専門家の協力を得ながら、根気よく説明しなければならなかった。Aさんの家族がキーパーソンであり、金銭的な部分でも家族が大きな力を持っており、住宅改修への

理解を得られなかったもので、結果としてケアマネジャーはAさんを支えることができなくなり、Aさんは寝たきりとなった。

Bさんは、脳梗塞による左半身まひとなったが、病院での早期のリハビリテーションと家族の精神的支えもあって、家の中では、何とかひとりで生活ができるようになった。「あまり家族には迷惑をかけずに自宅で生活したい」、「自宅の風呂でゆっくり入浴したい」というBさんの希望を尊重するために、ケアマネジャーは、退院に向けて病院のソーシャルワーカー、訪問看護ステーションの理学療法士などとのサービス担当者会議を開催した。Bさんには左半身にまひが残っているが、伝い歩きや杖歩行まで回復しており、自宅での安全な移動を考えて、工務店とともに住宅改修を検討することになった。排泄に関しては、トイレまでの動線、扉、トイレの座面の高さ、手すりの位置(高さ、長さ)などを検討したうえで、安全に利用できるよう改修した。入浴に関しては、浴室の入り口、洗い場、浴室の側面に身体症状に合わせた手すりを取り付けた。浴槽は、ふちの高さが洗い場床から500mm程度であったが、Bさんの身長ではまたぎ越しが可能であり、導入したシャワーいすの高さも統一した。「自分の家で自分の力で入浴できて、やっと入浴をした実感が持てた」と、Bさんは住宅改修を喜んだ。

左半身まひという障がいもちながら、これからの人生を積極的に生きようとするBさんとそれぞれの専門家が意見を出し合い、生活環境をBさんの現状に即した状態に改善したことによりBさんは、これまでの自立した生活を取り戻すことができた。またBさんは、金銭的な面においても余裕があり、環境を整えるために必要な額を自身で決定し、捻出することができた。

本稿では、住宅改修についての2つの事例を検討した。その結果、住宅改修に関しては、ケアマネジャーがケアマネジメントの過程のなかで、高齢者の在宅生活を維持することに責任をもちながら、建築士や建築士以外の専門職への橋渡しと情報提供を行うことが大切である。また、筆者が気づいた点の1つは、自己覚知の必要性である。ケアマネジャーは、ケアマネジャー自身の価値観が

援助関係に影響を与えるということを自覚する必要がある。Aさんの家族の介護に関する価値観とケアマネジャーの価値観とが相容れなかったことも、排泄が転倒の危険はあるが、何とか自力でトイレに行くことができたAさんの機会を失わせてしまった。溝口は、「本人、家族が住宅改修の必要性を感じていない場合は、専門職の判断だけで進めてしまうこともあるが、その判断が正しかったとしても、使われないこともある。住宅改修の必要性やそれによって本人、家族の生活がどう変わるか改善されるかなど、理解してもらうための働きかけが必要である」と言っている⁸⁾。

また、ケアマネジメントはチームアプローチであり、利用者に関わる専門職との間でアセスメント情報・目標・役割分担などが共有される必要がある。ケアマネジャーは、日頃から他職種と顔を合わせ、ともに検討しながら、ケアプランの作成やサービスの提供をしていくことが重要である。また、サービス担当者会議などにおいて、高齢者に関わる専門家に情報を提供する場合は、理由や必要性をそのつど、高齢者・家族に説明し、納得を得たうえで行うことが望まれる。

しかしながら、調査した事例から得たことは、ケアマネジャーが住宅改修によって高齢者の生活レベルを高めることで、高齢者のより良い生活を保障できると判断したケアプランであっても、①家族の理解が得られなかったり、家族の価値観に基づくケアプランになってしまう場合、②ケアマネジャーが必要と考えた住宅改修の費用負担と家族の費用負担の考えにくい違いがある場合などの課題に直面したことである。①については、家族一人ひとりの面接に十分時間をかけ、それぞれの改修に対する価値観を把握する必要がある。ケアマネジャーは、住宅改修の間にもAさんや家族と何度も顔を合わせ、手すり1本からゆっくりと始める必要があった。また、②の場合は、費用をかけずに、今あるもので工夫する。例えば、トイレへのAさんの動線の図面を引き、家庭にあるもの(小袖ダンスなど)を使ってAさんのトイレへの安全を確保しようとした。そして、家族やヘルパーには十分な見守りの協力を求めた。つまり、介護保険制度における契約の当事者は高齢者である

ため、住宅改修の費用負担者は高齢者となるが、現実には家族が費用負担するケースが多いため、ケアマネジャーとしての役割を果たそうとしても家族によって否定的な結果を招く場合がある。たとえば、なぜ高齢者にお金をかけてまで住宅改修をしなければならないか、しかも家族の生活を脅かしてまで費用負担をしなければならないかなどである。

Aさんの場合は、住宅改修をすることによって、Aさんだけでなく家族の生活にどのような影響を与えるかを察知できなかった事例といえるであろう。

III ケアマネジメントと住宅改修

1 ケアマネジメントにおける住宅改修の注意点

ケアマネジメントの目標は、高齢者が地域で生活できるよう支援することであり、そのためには高齢者の生活の質(QOL)をいかに高めていくかが重要となる。

まず、ケアマネジャーはアセスメントで「情報収集と分析」を行う。すぐに住宅改修を進めるのではなく、高齢者や家族の日常生活や住環境を確認し、家族との人間関係のなかで、「キーパーソンは誰か」、「お金は誰が払うのか」を確かめなければならない。

さらに、「住宅改修によって少しでも回復したい」と期待を抱いている高齢者に対しては、ケアマネジャーの働きかけ方、作成するケアプランの内容は違って来る。高齢者の個別性を理解し、その現状の不自由さに共感し、そこからどのように援助をしていくかと考えることで、ケアマネジャーは高齢者を支援することができる。

真継らは「住宅改修を利用者自身の自立に対する支援として捉えるのであれば、利用者や家族の生活に基盤をおいて考えるのは当然である。つまり、朝起きてから夜床に就くまでの『生活の流れ』としてアセスメントする視点こそ必要であろう」と指摘している⁹⁾

Aさんの場合は、ケアマネジャーが、例えば、排泄、リハビリというような援助が必要な項目のみにとらわれていて、「生活の流れ」へのアセス

メントの視点が抜けていた事例である。ケアマネジャーは、高齢者や家族の生活の変化に対する不安を和らげ、混乱を整理し、住宅改修の必要性を、2者の間に信頼関係を構築しながら説明していくのである。

また、住宅改修は工事が完了した後も見直しをする必要がある。高齢者の生活は、住宅改修などのサービスを利用することにより変化が起こる。高齢者の生活が改善するものもあれば、逆に、サービス利用によって不安や不満を生じさせる場合もある。何らかの問題があるのであれば、早急に手直しをしなければならない。たとえばトイレの手すりの取り付けの場合、実際使用しているうちに「もう少し前に手すりが付いている方が立ち上がりやすい」とか、「ここにも手すりが欲しい」というような新たな要望が出てくる。また、時間の経過とともに高齢者の身体状況や家族の介護力が変化してくることも考えられ、そのときの状況に応じたモニタリングが必要になってくる。「高齢者の目標は達成できているか、一緒に生活している家族に不都合はないか」をチェックする必要がある。住宅改修が的確に行なわれていても、その後のフォローアップが行なわれていないと効果は期待できない。

2 関連する職種との連携

介護保険においては、いろいろなサービスを提供するために多職種との連携が重視されている。ケアマネジャーはケアプランを作成するときに、サービス担当者会議を開催して総合的な観点からサービス調整を行なうこととされている。担当者会議には、住宅改修を行う工務店も参加する場合もある。

効果的な住宅改修を行うには、高齢者の身体状況、介護者の状況、建物の状況などを的確に把握する必要があり、保健・医療・福祉・建築の専門職との連携が重要である。ケアマネジャーの多くは建築に関する知識が乏しいことから、住宅改修の必要性を理解していながらも苦手意識のために関与を避けていたり、関係事業者にすべてを任せていたりすることが多い¹⁰⁾ ¹¹⁾。このため適切なアドバイスを受けることもなく工務店に改修を頼ん

でしまい、結果として高齢者にとっては使い勝手が悪くなるなどのトラブルが発生している。

そのようななかでも、高齢者の周囲に住宅改修に熱意を持っている人がいたり、その人がもっている身近な専門職と連携できたりした場合は、比較的効果の高い住宅改修になっていることが多い。真継らは、「利用者の要求と専門家のニーズの両方に見合った住宅改修の実現には、医療・福祉・建築など多方面の専門的知識が必要であるし、住宅改修にかかわるサービス提供者が有機的に連携していく必要がある」と、住宅改修に関わる専門家が、相互の連携を図る必要性を指摘している¹²⁾。

ケアマネジャーは、積極的に、自らのネットワークに住環境整備の専門家を組み入れる努力が必要ではないだろうか。たとえば、地域で住宅改修を行なっている建築士、福祉住環境コーディネーター、工務店などの専門職と交流を持ち、その他の専門職とともに、担当者会議に参加を促すことも必要だろう。専門職との連携が取れているのであれば、住宅改修自体は、建物のことがよくわかっている建築関係の専門職を信頼してまかせても良いのではないだろうか。ケアマネジャーは、高齢者の日常の生活を維持することに責任をもちながら、住宅改修に関わる専門職や他の専門職との仲立ちをし、適切な情報提供を行う。

おわりに

住宅改修を決定するのは、最終的に高齢者や家族であるが、その自己決定を尊重したうえで、高齢者の直面する問題を減らし、その利益をより高めるための方法を議論していくことを提案したい。そこにこそケアマネジャーの専門性が求められるのではないだろうか。

こうした現実の問題を解決していくなかで、介護保険制度における住宅改修の意義および住宅改修におけるケアマネジャーの役割を再考しなければならない。

少ない事例をもって、住宅改修の重要性を述べることはできないが、今後も高齢者の生活の質に対する住環境整備の重要性について学んでいき

いと考えている¹³⁾。

注

- 1) 「高齢者介護に関する世論調査」(内閣府：平成15年9月)。調査では、可能な限り自宅で介護を受けたいとするものが44.7%で最も多く、その理由については、85.6%が「住み慣れた自宅で生活をつづけたいから」としている。その希望は、高齢になるほど高くなっていく。また、自分の家族に介護が必要になった場合にどこで介護を受けさせたいかという問いに対しては、57.7%が「可能な限り自宅で介護を受けさせたい」としている。
- 2) 「住宅・土地統計調査(5年ごと)」は、我が国の住宅とそこに居住する世帯の居住状況、世帯の保有する土地等の実態を把握し、その現状と推移を明らかにする調査である。
2008(平成20)年は、調査中のため2003(平成15)年の統計を入れる。なお2008(平成20)年の調査結果は、平成21年夏ごろから、総務省統計局ホームページへの掲載や、報告書などにより、順次公表される。
- 3) 東京商工会議所(2006)『福祉住環境コーディネーター検定試験2級テキスト』の2-4頁参照。
- 4) 鈴木 晃(2006)「自立支援としての住環境整備の課題-介護保険制度の見直しを機会に」『Gpnet』53巻2号、13-18頁。
- 5) 白澤正和(2005)「適切な住宅改修サービスを利用した介護悪化予防マネジメント」『月刊ケアマネジメント』通巻167号、36-41頁。
- 6) 「厚生労働大臣が定める居宅介護住宅改修費の支給に係る住宅改修の種類」(平成11年厚生省告示第95号)は、平成12年、11月(厚生省告示第349号)、12月(厚生省告示第349号)と一部改正された。従来、「住宅改修」には原則として屋外における改修工事を含まないものとしてきたが、玄関から道路までの通路部分など屋外における改修工事も保険給付の対象となるよう改正された。
- 7) 自治体によっては、代理受領方式(利用者がかかった費用の1割の自己負担分を事業者支払い、事業者は保険給付分(9割)の受領を委任する仕組み)も採用されている。
- 8) 溝口千恵子(2006)「質の悪い住宅改修を行わないための対策」『Gpnet』53巻2号、36-50頁。
- 9) 真継和子・宮島朝子・相良二郎(2007)「介護保険制度による住宅改修に関する研究動向」『京都大学医学部保健学科紀要』第4巻、63-66頁。
- 10) 金 承喜・糟谷佐紀・米田郁夫・浅和 貴・金井謙介(2005)「動作に注目した住宅空間設計のガイドライン

に関する研究(その2)-ADL、QOL向上のための住宅整備指針の構築(第三報)』『兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所報告集』では、ケアマネジャーが住宅改修に対して大きな負担を持ちながら支援に取り組んでいると報告している。負担因子として、「住宅改修に関する知識不足」、「工事業者との打ち合わせ」、「時間が無い」などがあげられている。

- 11) 「介護保険制度見直しと住宅改修-高齢者の住環境整備と建築リフォームの課題」参照。加島は、「ケアマネジャーの方々は、住宅改修のアドバイスをしたいが、どのようにアドバイスしたらよいかわからないというような理由で工務店に任せることが多いと聞く。逆に工務店側からすると、必要な情報が得られないため苦労しながら住宅改修を行っているとも聞く」としている。
- 12) 前掲注9) 64頁参照。「住宅改修に際して中心的役割を担っているケアマネジャーには、医師・看護婦などの医療系専門職と、理学療法士・作業療法士などのリハビリ系専門職がいる。彼らは住宅改修に必要な専門的な知識を持ち合わせていないことが多く、負担感を感じていることも指摘されている。一方、建築士や工務店には医療・福祉に関する知識は乏しく、個々の身体状況や生活状況に応じた改修工事を提案するには限界がある。
従って、利用者の状況を統合的にアセスメントしていくには、各々の専門職が自分たちの立場から意見を出し、それに基づいてディスカッションを深め、利用者やその家族の状況に見合った住宅改修や福祉用具の処方を行って一体化してできるよう知識を体系化し、専門職種間の連携を確実に伝えるようなシステムを整えることが必要である」としている。
- 13) 本稿に使用した事例に関しては、倫理上必要な手続きを経て、ご協力をいただいた。また、おひとりの方は、既に死亡されているので、事例が特定されないように多少の加筆を行った。

参考文献

- ・上村智子(2005)「介護保険制度による改修サービスの追跡調査」『リハビリテーション医学』No.10、714-720頁。
- ・岡部真智子(2005)「介護支援専門員の住宅改修への取り組みと意識について-名古屋市と浜松市における介護保険利用の住宅改修へのかかわりに着目して」『社会福祉学研究』1巻、69-77頁。
- ・加島 守(2006)「介護保険制度見直しと住宅改修-高齢者の住環境整備と建築リフォームの課題」『Gpnet』53巻2号、19-26頁。
- ・金 承喜・糟谷佐紀・米田郁夫・浅和 貴・金井謙介(2005)「動作に注目した住宅空間設計のガイドラインに

- 関する研究（その2）－ADL、QOL向上のための住宅整備指針の構築（第三報）『兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所報告集』147－155頁。
- ・ 佐々木哲之・横山哲也（2007）「介護保険制度による高齢者住宅の改修に関する調査研究－住宅改修が高齢者・介護者に与える効果」『道都大学美術学部紀要編集委員会』33巻、113－121頁。
 - ・ 佐藤由美（2006）「高齢者の住宅改造・改修における介護保険施行前後の訪問相談体制の変化」『生活科学研究誌』Vol.5、99－114頁。
 - ・ 住宅総合研究財団（2006）『自分らしく住むためのバリアフリー－ハウスアダプテーションの事例から』岩波書店。
 - ・ 白澤正和（2005）「適切な住宅改修サービスを利用した介護悪化予防マネジメント」『月刊ケアマネジメント』通巻167号、36-41頁。
 - ・ 鈴木 晃（2005）「高齢者福祉と居住問題——介護保険は居住政策に何を要請しているか」『地域からの住まいづくり』213－224頁、ドメス出版。
 - ・ 鈴木 晃（2006）「自立支援としての住環境整備の課題－介護保険制度の見直しを機会に」『Gpnet』53巻2号、13－18頁。
 - ・ 恒吉よし子・牛木彩子・高遠晴子編著（2002）『ケアプランに生かせる住宅改修－自立支援と介護負担の軽減をめざして』中央法規。
 - ・ 東京商工会議所（2006）『福祉住環境コーディネーター検定試験2級テキスト』岩波書店。
 - ・ 西野亜希子（2005）「高齢者向け住宅改修の実態と問題点－在宅生活の質を向上させるために」『日本女子大学生活経済学論文集』1巻、66－77頁。
 - ・ 橋田千鶴（2006）「住宅改修と福祉用具の連携」『Gpnet』53巻2号、27－35頁。
 - ・ 藤林慶子（1999）「介護保険制度における介護支援サービスの特徴と今後の課題」『都市住宅学』（26）、37－40頁。
 - ・ 真継和子・宮島朝子・相良二郎（2007）「介護保険制度による住宅改修に関する研究動向」『京都大学医学部保健学科紀要』第4巻、63-66頁。
 - ・ 溝口千恵子（2006）「質の悪い住宅改修を行わないための対策」『Gpnet』53巻2号、36－50頁。
 - ・ 和田光一・筒井澄栄著（2008）『生活支援のための福祉用具と住宅改修』ミネルヴァ書房。